

Vom hyperaktiven zum "hippoaktiven" Kind ?

Pferdegestützte Verhaltenstherapie für hyperaktive Kinder

(Lutz Gawe)

Das Thema dieses letzten Vortrags in der Reihe über die Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie und Pädagogik bezieht sich auf den Einsatz von Pferden in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die hinsichtlich ihrer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit oder auch der Beherrschung ihrer Bewegungen besondere Herausforderungen an ihre Umwelt stellen.

Der von mir gewählte Titel fasst mittels eines Wortspiels die hypothetische Entwicklung eines überaktiven Kindes zu einem "pferdeaktiven" Kind in eine Frage und weckt zugleich damit womöglich Assoziationen an Kinder, die ihren übermässigen Bewegungsdrang auf Pferden mit wehenden Mähnen im Galopp durch Felder und Wälder ausleben dürfen und diesen irgendwie dabei auch noch beherrschen lernen.

Einem erheblichen Teil der angesprochenen Kinder und Jugendlichen selber dürfte tatsächlich eher die Lösung der Probleme im Ausleben ihrer drängenden Bedürfnisse vorschweben und viele ihrer Eltern wählen auch einen Weg, der ihnen dies ermöglichen soll, indem sie ihre Kinder in Sportvereine - vorzugsweise Fußballvereine - geben. Aber auch für Fachleute ist die Frage, ob ausagieren oder nicht zum Ziel führt, wie die Arbeit mit diesen Kindern überhaupt erträglich gestaltet werden könnte und ob der Einsatz von Pferden den Problemen der hier angesprochenen Kinder angemessen ist, nicht endgültig beantwortet.

Im folgenden Teil möchte ich zunächst die Problematik dieser Kinder und Jugendlichen beschreiben, dann unser spezielles Angebot des Einsatzes von Pferden darlegen, über die bisherigen Erfahrungen damit sprechen - bevor anschließend auf die Frage, was unter einem "hippoaktiven" Kind zu verstehen sei oder auf die Frage nach dem Nutzen der sogenannten Pferdetherapie eingegangen werden kann.

HKS-Kinder und ihre Bedürfnisse

a. Definition

Laut den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist unter hyperkinetischen Störungen ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität zu verstehen, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß auftritt. Für eine zutreffende Diagnose der Störung wird gefordert der Beginn vor dem Alter von sechs Jahren und das konstante Auftreten in mindestens zwei Lebensbereichen oder Situationen, wie z.B. in der Familie, Kindergarten, Schule, in Gruppen, während der Untersuchung.

Leitsymptome sind also: Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität.

Je nach Klassifikationssystem lassen sich verschiedene Untergruppen bilden:

DSM-IV	den vorherrschend unaufmerksamen Typ den vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Typ den gemischen Typ
ICD-10	den Typ mit einfacher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) den Typ mit hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens (F90.1).

Als Begleitstörungen (Komorbidität) sind folgende Auffälligkeiten beschrieben:

Störungen des Sozialverhaltens
umschriebene Entwicklungsstörungen,
schulische Leistungsdefizite, Teilleistungsstörungen,
Lern- oder geistige Behinderung,
Tic-Störungen (incl. Tourette-Syndrom),
negatives Selbstkonzept oder depressive Störungen,
Angststörungen - bes. Leistungsängste,
beeinträchtigte Beziehungen zur Familie, Lehrern,
Erziehern oder Gleichaltrigen,
emotionale Störungen.

b. Anerkannte Interventionen

Die Behandlung wird meist ambulant durchgeführt und nur bei besonders ausgeprägter Symptomatik oder besonders schweren Begleitstörungen, besonders ungünstigen psychosozialen Rahmenbedingungen oder nicht erfolgreicher ambulanter Therapie auch stationär oder teilstationär.

Als Vorgehensweise wird eine multimodale Behandlung für notwendig angesehen, zu der Eltern- und Lehrerberatung gehören, Elterntraining, Familientherapie oder Interventionen in der Familie, im Kindergarten, in der Schule sowie für das Kind kognitive Vorgehensweisen (Selbstinstruktionstraining, Selbstmanagement) und Pharmakotherapie (meist mit Psychostimulanzien). Im Falle von medikamentöser Behandlung sollen die Effekte der Behandlung beim Kind und im Umfeld kontrolliert werden, wobei das Kind auch daran aktiv teilnehmen soll. Ein oder mehrmals im Jahr sollen kontrollierte Auslassversuche zur Überprüfung der Notwendigkeit der Weiterführung der medikamentösen Behandlung erfolgen.

Zur Behandlung der Begleitstörungen können Trainings zur sozialen Kompetenzförderung, Gruppenpsychotherapie (bei sozialen Problemen) und Übungsbehandlungen (bei Teilleistungsschwächen) erfolgen.

Zu den entbehrlichen Therapiemaßnahmen werden v.a. nondirektive oder tiefenpsychologische Therapie zur alleinigen Behandlung der HKS-Kernsymptomatik gerechnet - ebenso wie Mototherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik-Training, Ergotherapie und Entspannungsverfahren incl. Autogenem Training. Die Wirkung dieser Verfahren als alleinige erfolgreiche Maßnahme konnte bisher nicht ausreichend belegt werden.

Das Klientel

Die für diese Betrachtung herangezogenen ca. 60 männlichen Kinder entstammten überwiegend der Altersgruppe 9-11 Jahre und waren meist von verschiedenen Kinder- und Jugendpsychiatern mit der Diagnose ADS bzw. HKS zur Verhaltenstherapie empfohlen worden. In den überwiegenden Fällen wurde den Eltern zur Verhaltenstherapie mit Hinsicht auf das therapeutische Reiten als Ergänzung zu einer von den Ärzten verordneten parallel laufenden medikamentösen Behandlung mit Psychostimulanzien geraten.

Der Kern dieser Kinder zeigte tatsächlich ein nicht altersgemäß entwickeltes Maß an Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität - aber in verschiedenen starken Ausprägungen. Die Auffälligkeiten der Kinder traten meist in verschiedenen Umgebungen auf - besonders aber in Schulen, in Kinderhorten und zu Hause bei den Schularbeiten. Die Ausprägungen der Symptome stiegen typischerweise in Situationen an, die eine gezielte Aufmerksamkeit, wie z.B. beim Zuhören im Schulunterricht, bei schriftlichen Arbeiten in der Schule oder bei den Hausaufgaben erforderten. Die Symptome konnten durchaus auch minimal in Erscheinung treten, wenn die Motivation des Kindes besonders hoch war (z.B. bei der Beschäftigung mit einem Computer, beim Fernsehen, beim Sport), das Kind häufige Verstärkung oder strikte Kontrolle erhielt, das Kind sich in einer neuen oder in einer eins-zu-eins-Situation befand.

Nun könnte man vielleicht meinen, dass sich die allerschwierigsten Kinder Berlins bei uns wiederfinden. Das ist nun gerade nicht der Fall. An dieser Stelle soll ein Fallbeispiel zur Verdeutlichung angeführt werden:

Ralf (12. Jahre) wird von seiner alleinstehenden Mutter auf Empfehlung der Schule wegen großer Probleme der Lehrer vorgestellt. Er gehört zu den 20 besten Fußballern Berlins seiner Altersgruppe und hatte eine Gymnasialempfehlung von der Grundschule bekommen. In diesem 7. Schuljahr hat er das Probehalbjahr des Gymnasiums nicht bestanden und musste auf eine Realschule abgehen. Binnen Kurzem musste er auch diese Schule verlassen und besucht nun eine Hauptschule. Hier ist er eigentlich auch nicht tragbar, denn er kann während des Unterrichts einfach nicht stillsitzen und muss sich unbedingt ab und zu auf den Flur retten, um sich mit einem Break-Dance motorisch abzureagieren. Die Schulnoten sind weitgehend ungenügend - sogar im Fach Sport - nicht etwa, weil er leistungsschwach wäre, sondern weil er überall zu viel Unruhe verursacht, zu viel stört - inzwischen sich auch gar nicht mehr für die Schule interessiert.

Er sieht eine Karriere als Fußballer vor sich und meint, dass er keinen Schulabschluss bräuchte - Therapie oder sonstige Behandlung natürlich auch nicht. Der Mutter bleibt nichts anderes übrig, als sich in ihr Schicksal zu fügen und meldet sich nicht wieder.

Fazit: Es können eher die Kinder von einer Therapie profitieren, deren Eltern problembewusst, schon weitgehend informiert und immerhin konsequent genug sind, eine Behandlung durchzuhalten.

Die therapeutischen Maßnahmen

1. Die medikamentöse Behandlung

Auf die eigentliche medikamentöse Grundbehandlung, die von den überweisenden Ärzten geleistet und kontrolliert wurde, kann in diesem Rahmen nur kurz eingegangen werden:

Etwa zwei Drittel der Kinder erhielten Psychostimulanzien am Vormittag zur Bewältigung des Schulalltags, einige davon auch noch am frühen Nachmittag für die Konzentration auf die Hausaufgaben und ein ganz geringer Anteil auch noch nachmittags oder sogar abends. Da die Wirkung der begleitenden medikamentösen Behandlung nur stets ca. drei Stunden bzw. nach Markteinführung von Retard-Formen sechs Stunden anhält, war zu Gruppentherapiebeginn ca. 15 Uhr bzw. 17 Uhr die Hauptwirkung fast gänzlich vorbei, so dass das Störungsbild nachmittags infolge des sogenannten Rebound-Effekts eher verstärkt sichtbar wurde.

2. Die verhaltenstherapeutische Behandlung

Die Kinder wurden fast gänzlich unausgelesen in der Reihenfolge ihrer Anmeldung nach Bewilligung der Therapie durch ihre Kostenträger einer ihrem Alter oder Entwicklungsstand passenden Therapiegruppe von 6-7 Kindern zugeordnet und durchliefen eine Verhaltenstherapie mit folgendem Aufbau:

1. Block (zwölf Wochen)

Einzeltherapie (ein Wochentermin à 50 Min.) mit ca. 10 Min. Jonglierübungen, 10 Min. Gespräch über die zurückliegenden häuslichen, schulischen oder sonstigen Erlebnisse und über die Erfahrungen aus dem letzten Gruppentherapietermin, über weitere Stufen eines eventuellen Sozialtrainings, ggf. auch über Lernprobleme - meist im Schreiben, 10 Min. PC-gestütztes Konzentrationstraining, 10 Min. freies Spiel am Tisch und 10 Min. Entspannung - entweder im Sportraum, im Freien oder im elektromotorisch betriebenen Entspannungssessel.

Gruppentherapie (ein Wochentermin à 100 Min.) im Pferdeprojekt des Instituts für Klinische Psychologie, auf der Domäne Dahlem mit kurzem Konzentrationstraining, einem Befindlichkeitsfragebogen sowie kurzem Gruppengespräch zu Beginn und am Ende der GT, Arbeit

am Pferd ca. 40 Min. (Einzelheiten der Pferdearbeit s. u.)

Elternberatung (ein- bis zweimal mtl.), Lehrerberatung nach Bedarf

2. Block (zwölf Wochen)

Einzeltherapie (wie oben)

Gruppentherapie (ein Wochentermin à 60 Min.) mit Wechsel der gesamten Gruppe zum Jonglieren. Neben einem Jonglieranteil von ca. 20 Min. anstelle der Pferdearbeit entsprach der sonstige Ablauf in etwa der GT im ersten Block - bis auf zusätzliche gruppenspezifische Spiele.

Eltern- u. Lehrerberatung (wie bisher).

Im Anschluss daran ggf. Fortführung der VT und Weiterführung der GT für Fortgeschrittene.

Das pferdegestützte VT-Programm für HKS-Kinder

a. Allgemeine Rahmenbedingungen

Im Folgenden beschränke ich mich auf den heute im Vordergrund des Interesses stehenden pferdegestützten Teil der Verhaltenstherapie für HKS-Kinder als einen Bestandteil des umfassenderen Ansatzes.

Nebenbei sollte nicht unerwähnt bleiben, dass Pferde prinzipiell vielseitig als Mediatoren in der Psychotherapie unterschiedlichster Probleme und Störungen nutzbar sind und dementsprechend auch andere pferdegestützte mehr oder weniger entwickelte Programme im Pferdeprojekt und in anderen therapeutischen Einrichtungen, die Pferde einsetzen, zur Anwendung kommen. Es sei an dieser Stelle nur kurz auf die zahlreichen im Kuratorium für therapeutisches Reiten in Warendorf verbundenen anderen Einrichtungen, Pädagogen, ärztlichen und psychologischen Therapeuten verwiesen.

Das im Jahre 1985 als Ausbildungs-, Forschungs- und Therapieprojekt vom Düppeler Feld auf die Domäne Dahlem überführte Pferdeprojekt wurde in den vergangenen Jahren zunehmend zur alleinigen oder begleitenden Therapie und Einzelfallhilfe von Familien, Jugendämtern, Kliniken und niedergelassenen Ärzten in Anspruch genommen. Besonders in den letzten Jahren kam auf die kooperierenden Einrichtungen des Pferdeprojekts und den inzwischen gegründeten

Förderverein Mensch und Tier e.V. eine verstärkte Nachfrage aus Arztpraxen und Kliniken zur Behandlung von HKS-Kindern zu.

b. Die Pferde

An dieser Stelle sollten einige Worte über die tierischen Mitarbeiter des Therapieprogramms für die hier betrachteten HKS-Kinder aufgewandt werden:

1. Pferdebestand und Haltungsbedingungen

Im Untersuchungszeitraum bestand die Pferdeherde anfangs aus sechs Stuten (die arabische Vollblutstute Daffa (16), die Hannoveraner-Stute Kira (23), die deutsche Reitpony-Stute mit Haflinger-Erscheinungsbild (Divina (25), Leitstute), die drei arabischen Halbblut-Stuten (Kalila (13), Karessa (7) und Kembali (7) und dem arabischen Vollblut-Wallach Ghalib (7).

Das Reitpony verstarb im letzten Jahr an Altersschwäche. Dafür kamen im letzten Jahr zwei Fohlen hinzu (das hier im Juni aus Kembali geborene arabische Halbblut-Hengstfohlen Zaydan und im Herbst das zwei Monate ältere erworbene arabische Halbblut-Stutfohlen Zuleyka).

Damit stehen z.Z. acht Pferde mit überwiegend verwandtschaftlichen Beziehungen durch ihre hier nicht lebenden Vollblut-Araber-Hengste als Väter zur Verfügung.

Die Herde lebt ganzjährig tags und nachts im Freien auf dem Gelände mit Weide der Domäne Dahlem, lediglich durch Unterstände vom Wetter etwas geschützt. Boxen werden nur im Falle von Krankheit in Anspruch genommen.

Das möglichst artgerechte Leben im Herdenverband ermöglicht den Pferden weitgehend eine natürliche Lebensweise und schafft einen sozialen Ausgleich zum Einsatz in der Arbeit mit den unterschiedlichen Kindern im Lauf der Woche.

2. Pferdeausbildung und Training

a. Grundausbildung

Neben einem von Geburt der Pferde an möglichst kontinuierlichem und engem Kontakt zu menschlichen Bezugspersonen erfuhren die hier eingesetzten Pferde eine Grundausbildung in der klassischen Reitweise, die seit Bestehen des Pferdeprojekts von Pferdewirtinnen der Richtung "Reiten" und von anderen erfahrenen Reiterinnen geleistet wurde. Frühe Beziehung zu Menschen und Grundausbildung

sind die wichtigsten Voraussetzungen für die Verwendung unserer Pferde gerade für den berufsmäßigen Umgang mit immer neuen und unerfahrenen Kindern.

Ziel der Ausbildung ist nicht ein möglichst frühes "Funktionieren" der Pferde für Therapiezwecke, sondern ein zufriedenes, ausgeglichenes Pferd, das für Kinder sensibilisiert ist, sich auf neue Situationen einstellen kann und sich gerne auch an den vielen Routine-Aufgaben beteiligt.

b. Ausbildung in der TTEAM-Methode

Für die Durchführung des hier geschilderten pferdegestützten Programms für HKS-Kinder mit Elementen der TTEAM-Methode ist Voraussetzung, dass die Pferde bereits eine zusätzliche Ausbildung in diesen bei den Kindern zur Anwendung kommenden Vorgehensweisen erfahren haben.

Diese Arbeit wurde zuerst für die zum Altbestand gehörenden Stuten durch die Pferdewirtin und Dipl.-Psychologin Connie Vits geleistet, während der Trainingsstand und die Ausbildung der neu hinzu gekommenen Pferde durch Psychologinnen, die von ihr eingewiesen wurden, gewährleistet wird.

Die Ausbildung der Pferde in der TTEAM-Methode einerseits soll durch Handarbeit ("Touches") am Pferdekörper mittels verschiedener Techniken und Übungen das Körpergefühl des Pferdes erweitern, es für neue taktile Reize sensibilisieren, Aufmerksamkeit und Angstfreiheit ermöglichen - andererseits auch durch Bodenarbeit das Pferd ohne Druck zu erhöhter Aufmerksamkeit, Selbstkontrolle, Kooperation und Angstbewältigung erziehen. Dafür werden spezielle Hilfsmittel, wie eine in das Halfter geschnallte Führkette und eine lange weiße Gerte verwendet, um dem Pferd Signale zum Losgehen, Anhalten, Wenden im Schritt und im Trab zu geben.

3. Die Helfer

In der Gruppentherapie am Pferd für HKS-Kinder waren meist neben dem Therapeuten zwei bis drei weitere Helfer oder Helferinnen mit verschiedenem Ausbildungsstand (Psychologen in der Weiterbildung zum Therapeuten, Praktikanten) zugegen, die für die Handhabung der Pferde bei den Kindern Hilfestellung leisteten.

4. Die Gruppentherapie

a. Das ursprüngliche Curriculum

Angesichts der vorher geschilderten Bedürfnisse für HKS-Kinder wur-

de hier ein therapeutisches Gruppenprogramm mit Einsatz von Pferden in der Zusammenarbeit mit Connie Vits, einer langjährigen Mitarbeiterin von Linda Tellington-Jones und ausgebildeten Feldenkrais-, und Alexander-Pädagogin, entwickelt. Linda Tellington-Jones - bekannt durch ihre Bücher und weltweiten Vorträge über den Umgang mit Pferden und inzwischen auch mit anderen Tieren - selber - war mehrere Male zu Gast in unserem Pferdeprojekt und präsentierte hier ihre Methoden im Umgang mit Pferden.

Dies Curriculum wurde in der ersten Hälfte des Untersuchungszeitraums von ca. zwei Jahren von C. Vits maßgeblich selber erprobt und anschließend mit weiteren Helferinnen und Helfern unter Anleitung des Therapeuten selbständig durchgeführt.

b. Das modifizierte Curriculum

Im anschließenden Untersuchungszeitraum von ca. weiteren zwei Jahren wurde das Konzept aufgrund der bisherigen Erfahrungen modifiziert, indem der Schwerpunkt von der Körperarbeit am Pferd etwas mehr verlagert wurde in Richtung auf die Interessen von Jungen und indem die Elemente der Vermittlung von Fertigkeiten in der Bodenarbeit mit dem Pferd und der Körperarbeit auf dem Pferd stärker betont wurden.

5. Der HKS-spezifische pferdegestützte Ansatz

Entsprechend den Bedürfnissen der HKS-Kinder wurde im Gegensatz zum Einsatz der Pferde in anderen Settings der Schwerpunkt des Pferdeinsatzes hin zu einer mehr strukturierten, direktiven Nutzung verlagert. Dies schließt allerdings nicht aus, dass Elemente, Phänomene und Wirkungsweisen des Pferde-Einsatzes aus der im Pferdeprojekt vorherrschenden Pädagogisch-Psychologischen Therapie auch hier einfließen.

So können auch in dem hier beschriebenen Ansatz regressive, projektive, identifikative, sensitive, soziale, kommunikative u.a Wirkungsweisen der Pferde auf die Kinder beobachtet werden. Der intendierte Schwerpunkt liegt allerdings auf der strukturierten stufenweisen Vermittlung von Aufmerksamkeit, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Motivation, Konzentration, Kommunikation zwischen Kind - Pferd sowie mit der Gruppe und auf der Vermittlung von sozialen Fähigkeiten.

Die intendierten Fähigkeiten werden allerdings nicht direkt trainiert, sondern es soll eine möglichst angstfreie Lernumgebung für Pferd und Kind ermöglicht werden, um eigene Erfahrungen in dem vorgegebenen Rahmen zu machen. Die Helfer sollen dabei mehr durch

Fragen als durch Antworten zur eigenen Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Erkenntnis anregen.

Mittels der in dem Curriculum vorgesehenen Übungen und Techniken wird das Kind zusammen mit dem Pferd in nicht gewohnheitsgemäße Situationen gebracht, in denen es zum Umdenken und Reagieren angeregt wird. Frühere Erfahrungen der Kinder mit anderen Pferden z.B. aus Reitschulen, Bauernhöfen etc. ("ich kann das schon alles", "ich hab das schon mal gemacht" ...) sind meist gar nicht so hilfreich. Die aus dem Centered Riding (Sally Swift), TTEAM (Linda Tellington-Jones), Feldenkrais (Moshe Feldenkrais) und der Alexander-Technique (F.M. Alexander) entlehnten Techniken intendieren einen Dialog ohne Druck oder Gewalt, in dem ein direktes Feedback bezüglich diverser Fähigkeiten, wie Kommunikation, Motivation, Erfolg, Folgen und Führen, Verantwortung, Vertrauen, Flexibilität, Kooperation, Klarheit und Bestimmtheit vom Pferd erhalten werden kann.

Die innere Ausrichtung über Vorstellungsbilder soll einer intendierten Handlung vorausgehen, um eine neue Bewegung aufzunehmen oder eine nicht als nützlich erwiesene aufzugeben.

Die zwölf Etappen des Curriculums sind folgende:

1. Kontaktaufnahme mit der Pferdeherde

Betrachten der Pferdeherde und deren Verhalten, Empfindungen wahrnehmen, zulassen und austauschen, Beobachtungen teilen.

Ein Pferd auswählen, von dem eine Anziehung ausgeht, Annähern, Kontakt aufnehmen; aufkommende Empfindungen, Beobachtungen und neue Lernerfahrungen aussprechen.

2. Weitere Kontaktaufnahme mittels TTouches (spezielle kreisende Bewegungen mit zwei Fingern) auf dem Rücken eines gewählten Partners und dann am Pferd an verschiedenen Stellen ausführen und die Wirkung untereinander und am Pferd herausfinden. Bestreichen des Pferdes mit einer Gerte (wand), Herausfinden angenehmer Zonen des Pferdes.

3. Kontaktaufnahme zum Pferd, Vorstellung der Führketten (TTeam-chain); Aussuchen eines Partners, Anlegen der Ketten untereinander und Selbsterfahrung als Pferd und Pferdeführer sammeln bzw. austauschen. Anlegen der Führketten am Pferd und erste Führübungen zu zweit - mit Wechsel.

4. Aussuchen eines Partners, Einigung über ein gemeinsames Pferd, Kontaktaufnahme, Einführung in das Putzen des Pferdes, Anlegen

der Führketten, Anwendung der Gerte (Dingo, elegant elephant, homeing pidgeon). Koordination des gemeinsamen Führens durch Absprache. Ziel ist, das Pferd zum Losgehen im Schritt zu bewegen und an bestimmten Stellen anzuhalten, z.B. über Boden-Stangen.

5. Wiederholung des Programms der letzten Woche mit erhöhten Anforderungen an das gemeinsame Lenken (links und rechts) des Pferdes entlang in der Reitbahn gezogener Schlangenlinien, über Boden-Stangen und durch eine Slalomstrecke mit wiederholtem Anhalten und Losgehen (stop and go).

6. Wiederholung des gemeinsamen Führens und erstes Aufsteigen auf das mit einer Lammfelldecke ausgerüstete Pferd mit Aufsteighilfe in Begleitung des Partners (Vertrauensübung) und eines erwachsenen Helfers mit links-rechts-Übungen, Anhalten, Losgehen - im Schritt über Bodenstangen etc. Einführung in die Beinarbeit mit Vorstellungsbildern mit dem Ziel eines lockeren und langen Beines (zum Vermeiden von Klammern).

7. Übung am Holzpferd zum Auf- und Absteigen, Beinarbeit mit Hilfe eines Stuhls, TTEAM-Körperarbeit auf dem vom Partner und erwachsenen Helfer im Schritt geführten Pferd (Vor- und Zurücklehnen) um einen deutlichen Kontakt zum Pferd herzustellen, bessere Koordination und Selbständigkeit zu erreichen.

8. Übungen (Vor- und Zurücklehnen, Mühle auf dem Voltigierpferd im Schritt und Trab für die Kinder, deren Selbstvertrauen schon ausreichend ist bzw. gewachsen ist - für die anderen: Wiederholung des Programms vom letzten Mal mit Trabstrecke zwischen zwei Bodenstangen.

9. Weitere Arbeit am Voltigierpferd im Schritt (ggf. auch zu zweit auf einem Pferd) und Trab - möglichst auch für die restlichen Gruppenmitglieder, Abspringen.

10. Ausbau der Fähigkeiten zu zweit am Pferd nur noch mit Sicherheitsabstand des Erwachsenen, ggf. auch schon alleine.

11. Alleinreiten oder vom Partner geführt über Bodenhindernisse (Stangen, flaches Cavaletti) im Schritt und Trab über eine markierte Strecke.

12. Wiederholung und Festigung mit dem Ziel Alleinreiten oder zu zweit auf einem Pferd in der Reitbahn - ggf. Abschluss mit einem Ritterspiel.

Die einzelnen Lernschritte werden flexibel gehalten und dem Selbstvertrauen sowie den Fähigkeiten der einzelnen Kinder angepasst - zumal auch mit Fehlzeiten wegen Krankheiten, Klassenfahrten, Unterbrechungen durch Ferien etc. zu rechnen ist.

Das Curriculum mag im Grunde sehr einfach und selbstverständlich erscheinen, könnte vielleicht auch in einer beliebigen Reitschule bei allgemein fortschreitender Entwicklung der Ansprüche an die Ausbildungsmethoden so durchgeführt werden.

Doch sind die Schwierigkeiten, mit denen jeder Mensch, der noch nichts mit Pferden zu tun hatte, schon allein beim Versuch, die Pferde zu führen, nicht zu unterschätzen. Für den hier angesprochenen Personenkreis werden nicht unerhebliche Anforderungen gerade an die Fähigkeiten gestellt, die ihnen im Leben so viel Schwierigkeiten bereiten.

An dieser Stelle soll noch ein Fallbeispiel aus dem therapeutischen Alltag angeführt werden:

Patrique (11 Jahre) besuchte noch die fünfte Klasse der Grundschule. Sein Vater hat zu Hause das gleiche Problem wie er, nämlich eine besonders leichte Erregbarkeit. Es gab daher zu Hause viel Streit um Kleinigkeiten. Eigentlich hatte er überhaupt keine Freunde, weil er immer rechthaben musste. Die Schulleistungen litten auch darunter, da er im Unterricht viel dazwischen redete und hauptsächlich damit beschäftigt war, seine Position in der Klasse mühsam zu behaupten. So entging ihm dann Vieles vom Unterricht. Eine vor einem Jahr begonnene medikamentöse Behandlung hatte bemerkenswerte erste Erfolge gezeigt - allerdings musste er vier Tabletten am Tag einnehmen - manchmal vergaß er auch die eine oder andere; das merkten dann gleich alle.

Für die Arbeit am Pferd interessierte er sich, ging munter an die Arbeit heran, obwohl es gleich kleine Misserfolge gab, über die manch anderer stolpern und nicht wiederkommen würde: In der Gruppe hatte er sich bei seiner Vorstellung gleich in die Nesseln gesetzt, weil er unbedingt auf eine bestimmte Aussprache seines Namens Wert legte, der von den Kindern niemand nachkommen konnte.

Am Pferd war er mehr mit seinem Partner beschäftigt, den er mit Themen über Computer, Fernsehen und Gameboy ablenkte, als das Pferd kennzulernen, geschweige sich mit diesem zu unterhalten.

Bei der Bodenarbeit achtete er nicht auf seine Füße, so dass das Pferd drauftrat (glücklicherweise im weichen Sand und ohne Folgen) - ein andermal stolperte er beim Führen des Pferdes über ein Cavalletti und beim ersten Aufsteigeversuch auf das Pferd fiel er gleich auf

der anderen Seite wieder hinunter. Es gab viele Diskussionen darüber, wie das immer gerade ihm passieren musste.. Für alle in der Gruppe, Kinder und Helfer, bestand die gute Gelegenheit, beobachten zu lernen, das Beobachtete in Worte zu fassen, die verschiedenen Wahrnehmungen und vermeintliche Widersprüche unter einen Hut zu bringen oder auch stehen zu lassen lernen. Obwohl manch einer in der Gruppe die Tendenz hatte, sich über ihn lustig zu machen und Patrique mit seiner gewohnten Aussenseiterrolle ganz zufrieden zu sein schien, wurde klar, dass er für alle eigentlich ein ganz nützliches Gruppenmitglied wurde. Als er einmal fehlte, hatte auch gleich ein anderer seine Lücke gefüllt. Jedenfalls war er wenigstens hier bald kein Außenseiter mehr.

Beim Reiten wurde ihm auferlegt, zu schweigen. Dies konnte er aufgrund der bisherigen Erfahrungen am Pferd jetzt einsehen und sich zunehmend bemerkenswert gut daran halten.

Eine Wandlung in der Beherrschung seines Sprachflusses und damit eines erstmals erlangten Freiraums für die Wahrnehmung von Einzelheiten aus seiner Umwelt deutete sich an, als er sich nach dem Gefrierbrand des Pferdes Daffa unter der Mähne erkundigte, auf den er eigentlich beim Putzen des Pferdes schon früher mehrmals gestoßen sein musste aber erst jetzt erst bewusst wahrgenommen hatte.

P. durchlief beide Blöcke der Therapie zweimal und konnte nach einem 3/4 Jahr auf seine Tablette am Nachmittag verzichten. Er erhielt eine Realschulempfehlung, besucht aber inzwischen ein privates Gymnasium.

6. Die Evaluation

Die für die Kinder am Anfang und am Ende jedes Gruppentreffens stattfindende schriftliche Konzentrationsübung wird für die Evaluation herangezogen - ebenso wie wchtl. Protokolle und Einschätzungsbögen der Helfer und die im Rahmen der Therapie ohnehin anfallenden Beurteilungsbögen der Eltern und Lehrer samt Zeugnissen (vor Beginn, in der Mitte und gegen Ende der Therapie).

Hier soll für die Einschätzung der Frage nach dem Nutzen dieses spezifischen Einsatzes von Pferden in der Therapie von HKS-Kindern lediglich der zeitliche Verlauf eines Messwertes (in der Form einer Regressiongeraden), der aus dem von den Kindern absolvierten Konzentrationstrainings stammt, herangezogen werden.

Da die Kinder dieses Konzentrationstraining zu jedem Gruppentreffen am Anfang und am Ende absolvieren, lässt sich aus der Differenz der

beiden erreichten Ergebnisse ein Messwert bilden, der den Trainingseffekt des Verfahrens selber außer Acht lässt und somit einen Anhaltspunkt für die Auswirkung der Pferdearbeit bei dem jeweiligen Gruppentreffen auf die Konzentration und auf sonstige damit verbundene Faktoren geben dürfte.

Dieser Wert in seinem zeitlichen Verlauf wird allerdings erst richtig interessant, wenn man die Gruppe weiter verfolgt und diesen mit den entsprechenden Ergebnisse der Jonglierphase (2) vergleicht:

Während in der Pferdephase fast alle Kinder die Therapie durchhalten und ihre Regressionsgerade weitgehend ansteigt, ist in der Jonglierphase nicht nur ein Abbröckeln von Kindern, die diese Anforderungen in dem gänzlich anderen Rahmen nicht durchhalten, zu beobachten, sondern auch vermehrt Abfallen der Kurve.

Dies Ergebnis allein dürfte schon einen deutlichen Hinweis für den Nutzen des Mediators Pferd im Rahmen der Verhaltenstherapie von HKS-Kindern geben.

Die Ergebnisse aus der Helfereinschätzung bzgl. der hyperkinetischen Symptome und des Sozialverhaltens stützen diesen Eindruck.

Die Diskussion weiterer Ergebnisse der Untersuchung möchte ich Ihnen ersparen - zumal die Auswertungen auch noch nicht abgeschlossen sind.

Diskussion der Frage "Wem oder was nützt es?"

Die Frage nach dem Nutzen der pferdegestützten HKS-Therapie ist eng verknüpft mit der Frage: "was wird von einer Therapie mit HKS-Kindern überhaupt erwartet"?

Ohne jetzt auf eine lange Diskussion der Fachliteratur eingehen zu wollen, dürften die Wünsche der Bezugspersonen, wenn sie sich an Beratungsstellen oder ärztliche bzw. psychologische Therapeuten wenden, evident sein - etwa in dem Sinne: eine möglichst gute Eingliederung ihrer Kinder in Familie, Schule und ihr sonstiges soziales Umfeld. Dafür wird oft der Preis einer medikamentösen Behandlung, manchmal mit Nebenwirkungen, in Kauf genommen. Aber die Fachärzte scheinen zunehmend auch zu wissen, dass sie mit Tabletten dem Problem nur die Spitze nehmen können und dass im Schutze dieser Linderung des Problems immerhin jetzt besser gelernt werden kann; dies trifft auch auf die Steuerung der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Impulse und des Sozialverhaltens zu, die prinzipiell ja jeder Mensch mehr oder weniger gut lernen muss.

Wenn als zusätzliches Ergebnis die Reduzierung oder das gänzliche Absetzen der Medikamente erreicht werden kann, dürfte von einem besonderen Erfolg der Therapie gesprochen werden.

Die hier vorgestellte pferdegestützte HKS-Therapie kann für sich allein genommen dazu einen mindestens ebenbürtigen Beitrag wie die häufig verordnete Krankengymnastik, Psychomotorik-Training oder Ergotherapie bei HKS-Kindern leisten.

Im Rahmen einer umfassenderen Verhaltenstherapie kann sie zu einem gelungenen Einstieg in die Therapie, zur besseren Akzeptanz der weiteren Maßnahmen, Motivation und Durchhalten sowie zu einer Fülle von Veränderungen führen, wie sie so leicht durch kein Trainingsverfahren allein erreicht werden können und die alle letztlich zur Bewältigung der Problematik beitragen.

Lutz Gawe, Dipl.-Psych.
Institut für Klinische Psychologie
Freie Universität Berlin
Postfach 8
14180 Berlin